

VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

TAND-, MOND- EN KAAKZIEKTEN

DEEL I: IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

Bedankt om deze vragenlijst zo juist mogelijk in te vullen. Voor sommige behandelingen hebben wij een goed beeld van uw algemene en tandheelkundige gezondheid nodig. We behandelen uw gegevens strikt persoonlijk, met respect voor uw privacy.

ADREMA

ALGEMENE GEGEVENS

1. Wie is uw vaste tandarts?

Naam _____

Tel. _____

2. Mogen wij hem of haar op de hoogte brengen van uw bezoek bij ons?

JA NEE

3. Wanneer was uw laatste niet-dringende tandartsbezoek?

- Minder dan 6 maanden Minder dan 12 maanden
 Minder dan 2 jaar Meer dan 2 jaar

MEDISCHE GEGEVENS

HART- EN VAATAANDOENINGEN

1. Hebt u bij inspanning pijn of een knellend gevoel op de borst?

JA NEE

Indien ja:

1.1 Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?

JA NEE

1.2 Nemen de klachten de laatste tijd toe?

JA NEE

1.3 Hebt u ook klachten in rust?

JA NEE

2. Hebt u een hartinfarct gehad?

JA NEE

Indien ja:

2.1 Ondervindt u nog steeds klachten?

JA NEE

2.2 Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?

JA NEE

3. Hebt u een hartgeruis, hartklepgebrek of kunsthartklep?

JA NEE

Indien ja, welke _____

4. Onderging u een bypassoperatie?

JA NEE

5. Hebt u een pacemaker/ICD?

JA NEE

6. Hebt u een stent?

JA NEE

7. Onderging u in de laatste 6 maanden een vaatoperatie? JA NEE
 Indien ja:
 7.1 Hebt u ooit reuma gehad? JA NEE
 7.2 Hebt u hartklachten? JA NEE
 Indien ja, welke _____
8. Hebt u aanvallen van hartkloppingen wanneer u geen inspanningen levert? JA NEE
 Indien ja:
 8.1 Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? JA NEE
 8.2 Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens die aanvallen? JA NEE
9. Hebt u problemen door onvoldoende hartfuncties? JA NEE
 Indien ja:
 9.1 Hebt u meer dan twee hoofdkussens nodig door kortademigheid? JA NEE
 9.2 Bent u 's nachts, wanneer u platligt, kortademig? JA NEE
10. Hebt of had u een lage of hoge bloeddruk? JA NEE
 Uw bloeddruk is: _____ / _____
11. Hebt u de neiging om te bloeden? JA NEE
 Indien ja:
 11.1 Bloedt u langer dan één uur na verwonding of ingrepen? JA NEE
 11.2 Krijgt u zonder enige oorzaak blauwe plekken? JA NEE
 11.3 Neemt u bloedverdunners? JA NEE
 Indien ja, welke _____

AANDOENINGEN VAN HET ADEMHALINGSSTELSEL

1. Hebt u problemen met uw longen of last van een blijvende hoest? JA NEE
 Indien ja:
 1.1 Bent u na ongeveer 20 treden tijdens het traplopen kortademig? JA NEE
 1.2 Bent u kortademig wanneer u zich aankleedt? JA NEE
 1.3 Hebt u last van hyperventilatie? JA NEE

ANDERE MEDISCHE ASPECTEN

1. Kreeg u gedurende de laatste drie maanden een prothese (knie, heup ...)? JA NEE
2. Lijdt u aan een van volgende aandoeningen:
- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Kanker of leukemie | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hiv/AIDS | <input type="checkbox"/> Nierziekte | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Schildklierproblemen | <input type="checkbox"/> Leverziekte | <input type="checkbox"/> Hepatitis D |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

Bijkomende opmerkingen over uw aandoening (vb. Werkt uw schildklier te veel of te weinig, nierdialyse, nier- of beenmergtransplantatie, soort kanker, bestraling aan hoofd, nek of hals, radiotherapie, chemotherapie, insulineafhankelijk ...):

LEVENSTIJL

1. Poetsgewoonten

- Elektrisch Manueel Tussen de tanden
 Mondspoeling Flossen Tongscraper

1.1 Welke tandpasta gebruikt u momenteel? _____

1.2 Hoe vaak poetst u per dag? _____

2. Voeding en drank

2.1 Aantal hoofdmaaltijden: _____

2.2 Aantal tussendoortjes: _____

2.3 Welke zoetigheden nuttigt u: _____

2.4 Dranken:

- Koffie Thee Frisdranken Fruitsappen Wijn

Andere: _____

3. Rookgedrag

- Niet-roker Roker Ex-roker

Indien ja, welke rookwaren? _____

Hoeveel per dag? _____

4. Druggebruik

4.1 Gebruikt u soms (recreationele) drugs?

JA NEE

Indien ja, welke: _____

5. Gewicht: _____ kg Lengte: _____ cm

(Dat is belangrijk voor de correcte dosering bij verdooving.)

DIT DOCUMENT WERD NAAR WAARHEID INGEVULD DOOR

Mijzelf Familielid Andere _____

Op ____ / ____ / ____ in _____

Handtekening

DEEL II: IN TE VULLEN DOOR DE TANDARTS

ASA-CLASSIFICATIE

ASA I

Gezonde persoon,
zonder regelmatig
medicatiegebruik.

ASA II

Lichte aandoening
met medicatie.
Geen beperkingen in
het dagelijkse leven.

ASA III

Ernstige systeemziekte
met medicatie, met
beperkingen in het
dagelijkse leven.

ASA IV

Zeer ernstige
systeemziekte met
chronische
levensbedreiging.

ASA VI

Zwaar zieke patiënt.
Zonder in te grijpen, zal
de patiënt overlijden.